

**SARADOPPIOVALORE****Assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale decrescente annualmente a premio annuo costante e bonus a scadenza**

<b>Agenzia</b>					Sul		Agenzia	
<b>Proposta</b>	<b>Tariffa</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Durata</b>	<b>Scala</b>				
<b>Contraente - <input checked="" type="checkbox"/> persona fisica <input type="checkbox"/> persona giuridica</b> (se persona giuridica i dati sotto riportati sono riferiti al legale rappresentante)								
Cognome e Nome			Sesso	Codice Fiscale				
Data di nascita	Luogo di nascita					Prov.	Nazione	
Indirizzo di residenza	n.	CAP	Località			Prov.	Nazione	
Tipo di documento di riconoscimento		Numero documento		Ente di rilascio		Cittadinanza		
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare	e-mail			
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.				

Il Contraente sceglie di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del contratto

- tramite e-mail all'indirizzo \_\_\_\_\_, che conferma con la sottoscrizione della presente proposta/polizza  
 su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo \_\_\_\_\_  
 su Area Riservata \_\_\_\_\_

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto e per le comunicazioni successive alla presente scelta.

Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicati tempestivamente a Sara Vita per il tramite dell'Agenzia o dell'Area Riservata sopra indicata, nonché scrivendo all'indirizzo [assistenzaclienti@saravita.it](mailto:assistenzaclienti@saravita.it)

<b>Assicurato</b>								
Cognome e Nome			Sesso	Codice Fiscale				
Data di nascita	Età assicurativa	Luogo di nascita				Prov.	Nazione	
Indirizzo di residenza		CAP	Località			Prov.	Nazione	
Tipo di documento di riconoscimento		Numero documento		Ente di rilascio		Cittadinanza		
Luogo di rilascio	Prov.	Data rilascio/rinnovo	Data scadenza	Cellulare	e-mail			
Professione	Tipologia	Sottogruppo attività cod./desc.		ATECO cod./desc.				

**POLIZZA N. Agenzia****Sara Vita Spa**

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC [saravita@sara.telecompost.it](mailto:saravita@sara.telecompost.it) [info@sara.it](mailto:info@sara.it)  
 Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063  
 Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97  
 Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa  
 La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)



## Caratteristiche del contratto

### PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE

in caso di morte dell'Assicurato entro la scadenza sotto riportata verrà liquidato **il capitale assicurato di Euro** diminuito di 1/ del capitale stesso per quanti saranno gli anni interamente trascorsi dalla data di decorrenza alla data di decesso dell'Assicurato.

### PRESTAZIONE IN CASO DI VITA

in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza sotto riportata verrà liquidato **un bonus di importo pari al % del premio netto** premi netti versati, a condizione che siano stati versati tutti i premi previsti.

Le prestazioni di cui sopra vengono garantite dal Premio Annuo Netto di **Euro** che verrà corrisposto in rate costante, per anni, con frazionamento in rate anticipate pari a **Euro**.

L'ultima rata di premio da corrispondere sarà quella con scadenza

Ai sensi dell'Art. 13 comma 2 del D.Lgs. N. 47 del 18 febbraio 2000 la parte del premio annuo corrisposta alle prestazioni di base riferita alla copertura del rischio morte è pari a **Euro**.

Fanno parte integrante della polizza le condizioni di cui alla Sez. A del Mod. V410 ed. 05/23

### Beneficiari in caso di morte

Nominativo	100,00%
------------	---------

### Beneficiari in caso di vita

Nominativo	100,00%
------------	---------

### Modalità di pagamento del premio - ATTENZIONE: non previsto pagamento in contanti

**Il premio viene corrisposto con una delle seguenti modalità:** assegni bancario, postale o circolare, munito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Impresa, oppure intestato all'Intermediario espressamente in tale qualità; ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistema di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario l'Impresa, ovvero l'Intermediario espressamente in tale qualità; addebito diretto SEPA sul conto corrente bancario del Contraente. In quest'ultima modalità è obbligatoria qualora sia stato scelto il frazionamento mensile del premio.

**Le spese relative a ciascuna modalità di pagamento prescelta sono a carico del Contraente.**

### Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

**AVVERTENZA:** Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e dall'Assicurato richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Prima della sottoscrizione del presente contratto, l'Assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario; l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con relativo costo a suo carico (100 euro).

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1893 del Codice Civile, il Contraente e l'Assicurato dichiarano di essere consapevoli che le informazioni ed i dati forniti nell'attuale Proposta/Polizza, comprensiva delle Dichiarazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato e del suo stato familiare e negli eventuali questionari supplementari, costituiscono elemento essenziale per la validità ed efficacia del contratto e che l'Assicurato presta il suo consenso all'assicurazione, e ne determina il premio, in base alle dichiarazioni stesse.

Il Contraente dichiara che la presente polizza non viene stipulata per le finalità di cui alla Legge 22/06/2016, n. 112 - "Dopo di noi".

L'Assicurato dichiara che le sue condizioni di salute sono rimaste immutate dalla data di sottoscrizione della presente Proposta/Polizza.

## POLIZZA N. Agenzia

### Sara Vita Spa

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it  
Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063  
Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97  
Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa  
La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)



## Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato (segue)

Ai sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il Contraente dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precontrattuali previsti dalle citate norme e inerenti a:

1. Dati essenziali degli Intermediari, le situazioni di potenziale conflitto di interesse e gli strumenti di tutela del Contraente (**allegato n. 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli Intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IBIP (**allegato n. 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle regole di comportamento del distributore (**allegato n. 4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. Documento di sintesi degli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile l'Assicurato, qualora sia persona diversa dal Contraente, esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita.

Ai sensi dell'articolo 1924 del Codice Civile, il Contraente ha l'obbligo di versare interamente la prima annualità di premio annuo costante, anche se viene scelta la corresponsione del premio con frazionamento semestrale, trimestrale o mensile.

### Recesso dal contratto

Il Contraente dichiara di essere stato informato che, entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, egli può recedere dallo stesso, secondo quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Si precisa a tal fine che entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione, l'Impresa rimborsa al Contraente l'importo pari al premio versato al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

### Consenso al trattamento dei dati personali

I sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano di aver preso visione dell'informativa (Informativa Contraente e Assicurato 1.0)

Il Contraente, ovvero l'Assicurato quando diverso dal Contraente, acconsente al trattamento dei dati sanitari necessario a dar attuazione al rapporto giuridico - la polizza - da concludere o in essere con Sara Vita, ivi compresa la comunicazione a società di riassicurazione e garanti come autonomi titolari del trattamento, affinché queste possano effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato. Il consenso può essere revocato contattando il Titolare o il RPD ai recapiti indicati nell'informativa.

**Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set Informativo contenente i distinti documenti: DIP Vita (mod. V410 DV ed. 05/22), DIP Aggiuntivo VITA (mod. V410 D ed. 05/23), Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario (mod. V410 G ed. 05/22) e il modulo di proposta/polizza in fac simile (mod. V410 PP ed. 05/23).**

**Il Contraente dichiara di aver preso atto e accettato in ogni loro parte le condizioni e i contenuti delle Condizioni di Assicurazione.**

**Il Contraente dichiara, inoltre, di approvare specificatamente ai sensi degli articoli 1432 del Codice Civile, gli articoli 3 e 4 delle Condizioni di Assicurazione statuenti, rispettivamente, le esclusioni e l'assunzione dei rischi, le limitazioni-carenze.**

Assicurato

Contraente

Polizza emessa il \_\_\_\_\_ sulla base delle Condizioni di Assicurazione e delle dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato.

Il Direttore Generale

### Spazio riservato all'Intermediario

Il sottoscritto Intermediario attesta l'autenticità delle firme del Contraente e dell'Assicurato, dal Contraente o dal Legale rappresentante in caso di Contraente minore o incapace e che ha effettuato la rilevazione dei dati del Contraente e del Legale rappresentante ai sensi del D. Lgs. 231 del 21 novembre 2007 e successive modificazioni e integrazioni (disposizioni urgenti per lotta al riciclaggio).

La sottoscrizione della polizza e il pagamento del Premio sono stati effettuati il \_\_\_\_\_ con registrazione in pari data sul Diario Cassa.

Nome e Cognome dell'Intermediario

Firma dell'Intermediario (\*)

Firma e timbro dell'Agenzia

(\*) Firma dell'Intermediario che ha ricevuto la richiesta e presenta fede della corretta compilazione del modulo e dell'identificazione personale del firmatario.



AAAAMDDDOSSI\*\*\*V00000000000000000000

**POLIZZA N. Agenzia**

**Sara Vita Spa**

Sede legale: Via Po 20, 00198 Roma T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223 PEC saravita@sara.telecompost.it info@sara.it  
Cap. Soc. Euro 76.000.000 (i.v.) N. Reg. Imp. Roma e CF 07103240581 REA Roma n. 556742 P. IVA 01687941003 Iscr. Albo imprese ass. n. 1.00063  
Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni e riassicurazioni vita, infortuni e malattia con DMICA n.16724 del 20/06/86 e provvedimento ISVAP n.594 del 18/06/97  
Società del Gruppo assicurativo Sara, Iscr. Albo gruppi ass. n. 001 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento del Socio Unico Sara Assicurazioni Spa  
La società è soggetta al controllo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni)

**sara**

**Dichiarazioni dell'Assicurato parte integrante della Polizza n.**

**Intermediario**

**Assicurato**

Il contratto, cui la presente proposta si riferisce, viene emesso sulla base di dichiarazioni riportate di seguito, appositamente rilasciate dall'Assicurato, riguardanti sia informazioni di carattere sanitario che informazioni sulle attività professionali e sportive dell'Assicurato stesso. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte e reticenti rese dall'Assicurato, richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione. Prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso. Anche nei casi non espressamente previsti dall'Impresa, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il proprio effettivo stato di salute, con relativo costo a suo carico, pari ad € 100, qualora la visita medica venga effettuata dal medico fiduciario dell'Impresa.

**Attività Professionali**

- 1) Occupazione principale ed eventuale secondaria: \_\_\_\_\_
- 2) Nella sua attività professionale opera su: impalcature, tetti, tralicci, scale telescopiche, gru, macchine movimento terra, linee o circuiti con tensioni superiori a 380V, a bordo di navi o natanti in genere, nelle forze armate, forze di polizia o in servizi di sicurezza pubblica o privata in cui è necessario l'utilizzo di armi, in cantieri o scavi, cisterne, pozzi, cave, miniere, fonderie, carpenterie, altiforni, teleferiche oppure trasporta materiale infiammabile, esplosivo, tossico o corrosivo oppure guida autocarri di portata maggiore di 35 quintali? si  no   
  - Se sì, indichi quali e con quale frequenza \_\_\_\_\_
- 3) Nella sua attività professionale utilizza o viene a contatto con sostanze tossiche, infiammabili, radioattive, esplosive oppure opera nell'ambito di reattori nucleari o su piattaforme petrolifere? si  no   
  - Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 4) Pratica a livello professionale attività che rientrano, anche per analogia, in quelle di seguito elencate: aeronautiche, alpinistiche, acrobatiche, subacquee, motoristiche competitive in acqua o terra, pugilistiche? si  no   
  - Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 5) Svolge attività professionali o socialmente utili in aree geografiche pericolose nelle quali sono in corso insurrezioni, atti di terrorismo, conflitti sociali gravi, guerre, sommosse? si  no   
  - Se sì, indichi luogo, motivi e periodo di permanenza \_\_\_\_\_

**Attività Sportive**

- 1) Pratica attività sportive che rientrano, anche per analogia, tra quelle di seguito elencate: Alpinismo (escluso camminate, trekking, arrampicate su pareti artificiali), vela di altura, equitazione agonistica, speleologia, kajak, rafting, skeleton, salto con il trampolino, attività subacquee oltre 20m, motorismo nautico o terrestre? si  no   
  - Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 2) Pratica attività sportive aeree o aeronautiche in genere (ad es. paracadutismo, deltaplano, ultraleggero, aliante, parapendio)? si  no   
  - Se sì, quali? \_\_\_\_\_
- 3) Pratica attività sportive non rientranti, anche per analogia, tra quelle descritte nei punti precedenti? si  no   
  - Se sì, quali? \_\_\_\_\_

**Questionario Sanitario**

- 1) Indicare i valori della statura e del peso: cm \_\_\_\_\_ Kg \_\_\_\_\_
- 2) Soffre o ha sofferto di malattie o disturbi? (ad esclusione di: influenza, morbillo, rosolia, parotite, rinite cronica, sinusite cronica, colite spastica, dermatite, difetti della vista correggibili con lenti, glaucoma primario, esiti di fratture post-traumatiche, patologie patologiche, artrosi di grado non elevato, calcoli della colecisti) si  no   
  - Se sì, quali? quando? \_\_\_\_\_
- 3) Negli ultimi 5 anni si è mai sottoposto ad esami clinici (analisi di laboratorio, visite specialistiche, risonanza magnetica) da cui siano emersi segni di alterazione? si  no   
  - Se sì, quali? con quale risultato? \_\_\_\_\_
- 4) È mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero in ospedali, case di cura, servizi simili per interventi chirurgici, procedure invasive, semplici accertamenti o si è mai sottoposto a emotrasfusioni o terapie con derivati? si  no   
 (non indicare i ricoveri per: appendicectomia, tonsillectomia, adenoidectomia, ernie toraciche, ernie degli arti inferiori, emorroidectomia, meniscectomia, fratture ossee semplici, deviazione del setto nasale, parotidectomia post-traumatica, varicocele, fimosi, alluce valgo, interventi per ascessi acuti, chirurgia estetica) si  no   
  - Se sì, quali? con quale risultato? \_\_\_\_\_
  - Epoca? Motivo? \_\_\_\_\_
- 5) Assume o ha mai assunto farmaci? si  no   
  - Se sì, indicare la motivazione sanitaria, il tipo di farmaco, il periodo di utilizzo e se gli eventuali esami ematochimici fuori dalla norma sono rientrati nei limiti \_\_\_\_\_
- 6) E' fumatore? si  no   
 (per Non Fumatore si intende chi non fuma, nemmeno sporadicamente, né a più di 10 sigari, sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)  
  - Quantità giornaliera, periodo: \_\_\_\_\_
- 7) Fa o ha fatto uso di alcolici o superalcolici in quantità giornaliera superiore a 1 litro di vino e/o birra e/o 3 bicchierini di superalcolici? si  no   
  - Quantità giornaliera, periodo: \_\_\_\_\_
- 8) Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? si  no   
  - Tipo di sostanza, periodo: \_\_\_\_\_

L'Assicurato dichiara che le informazioni e le risposte sopra fornite, sono vere ed esatte e che non ha taciuto, ommesso od alterato alcuna circostanza; ne assume la responsabilità anche se scritte da altri; riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte dell'Impresa e costituiscono parte integrante del contratto. L'Assicurato si obbliga a produrre all'Impresa, ed a lasciare in piena disponibilità alla stessa, tutta la documentazione sanitaria richiesta. Deve rivolgersi a medici di gradimento dell'Impresa utilizzando la modulistica dalla stessa predisposta ed è tenuto a regolare direttamente le spese conseguenti; proscioglie dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che l'hanno avuto in cura o visitato o che potrebbero curarlo in futuro, nonché le aziende e i medici a cui l'Impresa creda in ogni tempo di rivolgersi per informazioni. Acconsente inoltre che tali informazioni siano dall'Impresa stessa comunicate ai propri intermediari o riassicuratori.

**Data** \_\_\_\_\_ **Assicurato** \_\_\_\_\_

**Intermediario**  
(per autenticità delle firme)

